Lane Medical Library

Ueber Atonia uteri.

99 Fälle der Universitäts-Frauenklinik Berlin
(Direktor Professor Olshausen).

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Salo Drucker
aus Lissa (Posen).

Tag der Promotion: 2. August 1910.

Berlin 1910
Emil Ebering
Mittelstraße 39.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Olshausen.**

Meinen lieben Eltern

in dankbarer Verehrung.

99 Fälle von Atonia uteri sind in den Geburtsgeschichten der Universitäts-Frauenklinik während der letzten fünf Jahre verzeichnet; sie bilden den Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Es ist die Häufigkeit dieser ernsten Komplikation der Nachgeburtsperiode berechnet, nach ihren Ursachen gesucht und die Art und der Erfolg der Behandlung festgestellt worden. Berücksichtigt sind nur die Atonien im strengen Sinne des Wortes, die sogenannten reinen Atonien, ausgeschaltet sind also die Blutungen bei Retention von Placentarresten und bei noch teilweise festsitzender Placenta, die bei schlaffem Uterus auftreten und darum bisweilen atonisch genannt werden.

In der Literatur, besonders in der der früheren Jahrzehnte, findet sich eine große Reihe von Statistiken über die Häufigkeit der Atonie, doch sie gestattet nicht, das Verhältnis der atonischen Blutungen zu der Gesamtzahl der Entbindungen daraus abzuleiten. Denn die angeführten Zahlen schwanken bei einzelnen Autoren in sehr weiten Grenzen. So kommt

nach v. Winckel	1	Atonie	auf	11,5	Geburten
in der Baseler Klinik	1	„	„	14,1	„
in der Stuttgarter Hebammenschule	1	„	„	47,2	„
in der Klinik von Chiari, Braun, Späth	1	„	„	77,0	„
in der Berl. Charité (Char.-Annalen, 17 Jahrg.)	1	„	„	114,0	„

Es ist klar, daß die so erheblich von einander abweichenden Resultate der Zählung nicht bedingt sein können

durch die mehr oder minder zweckmäßige Prophylaxe der Atonie in den einzelnen Anstalten, wenn auch die Bedeutung der Tüchtigkeit des Assistenten nicht bestritten werden soll, vielmehr ist der Ausfall der Statistik hauptsächlich davon abhängig, inwieweit auch die leichten Grade von Atonie in den Journalen vermerkt worden sind. Die Charité-Annalen geben den besten Beweis für die Richtigkeit dieser Erklärung. In dem Bericht vom Jahre 1879, der 7 Atonien unter 934 Geburten anführt, heißt es, es sei ja möglich, daß die Atonien häufiger gewesen wären, aber sie hätten doch durch die prompte Wirkung der 40° R heißen Injektionen ihre Bedeutung verloren. Also nur die schweren atonischen Blutungen sind registriert worden; kein Wunder, daß diese Klinik die günstigsten Ergebnisse aufweist! Aber auch da, wo die Geburtsgeschichten nach demselben Prinzip angefertigt worden sind, wo auch die unbedeutenden Atonien nicht übergangen werden, werden sich Unterschiede in den einzelnen Jahrgängen bemerkbar machen, weil es Grenzfälle gibt, deren Rubrizierung dem Gutdünken des Beobachters überlassen bleiben muß. So ergibt auch unsere Statistik nicht in jedem Jahr dieselbe Prozentzahl. Es entfallen:

1905 April—Dez.	auf	861	Geburten	4	Atonien	= 0,46 %
1906	„	1263	„	20	„	= 1,58 %
1907	„	1291	„	14	„	= 1,08 %
1908	„	1336	„	22	„	= 1,65 %
1909	„	1366	„	21	„	= 1,54 %
1910 Jan.—März	„	377	„	18	„	= 4,77 %

Im Jahre 1905 sind Atonien auffallend selten, im Jahr 1910 auffallend häufig vorgekommen. Man bedenke aber, daß diese beiden Jahrgänge nicht vollständig sind, daß jedenfalls das Resultat der drei Monate 1910, die viel operative Entbindungen gebracht haben, mit dem der 12 Monate der

anderen Jahre nur mit äußerster Vorsicht verglichen werden kann. Demnach waren 6494 Geburten von 99 Atonien begleitet = 1,52 %; es ereignet sich also im Durchschnitt unter 65,6 Geburten eine atonische Nachblutung. Vor einigen Wochen ist aus der Döderleinschen Klinik in München ebenfalls eine Statistik über Atonie erschienen. Sie erstreckt sich auf 9 Jahre und umfaßt 14,273 Geburten. Unter diesen befinden sich 508 Atonien = 3,5 %. Vorausgesetzt also, daß dort die atonischen Nachblutungen nach demselben Grundsatz gebucht worden sind, wie in der Berliner Frauenklinik, ist unser Resultat mehr als doppelt so günstig wie das Münchener.

Während über die Häufigkeit der Atonie ganz verschiedene Angaben gemacht werden, herrscht volle Einigkeit darüber, daß Verblutungen an Atonie, die nicht durch Verletzungen kompliziert ist, ein äußerst seltenes Vorkommnis darstellen. H. W. Freund hat unter 7000 Geburten einen Todesfall an Atonie zu beklagen gehabt, v. Winckel hat unter 1070 Atonien bei 12 297 Geburten keinen einzigen Todesfall erlebt, und Veit, welcher erklärt, während seiner ganzen Assistentenzeit zwar Verblutungen durch Verletzung, aber nicht an Uterusatonie gesehen zu haben, rechnet unter Zusammenstellung des Materials verschiedener Kliniken aus, daß bei 47 765 Geburten höchstens fünfmal die Atonie tödlich verlaufen ist. Welches Ergebnis liefert unsere Statistik in dieser Beziehung? Von den 99 Frauen, bei denen eine Atonie beobachtet worden ist, starben 11 sogleich nach der Entbindung. Bei 3 von ihnen (3, 18, 75) ist die atonische Blutung nur gering ausgefallen, sie bildet nur einen Nebenbefund; der Tod ist in dem einen Fall an Sepsis, in den beiden anderen an Eklampsie erfolgt. Auch in einem vierten Fall (Nr. 86) kann die Atonie nicht als Todesursache angesehen werden. Zwar hat sie hier einen hohen Grad erreicht, doch ist es durchaus zweifelhaft, ob sie zum Exitus geführt hätte, wenn

nicht ein sehr erheblicher Blutverlust infolge vorzeitiger Placentarlösung vorangegangen wäre. Die Kreißende wurde bereits in sehr anämischem Zustande eingeliefert, mit kalten Extremitäten und kaltem Gesicht, mit schlechtem Puls und aufgehobenem Bewußtsein; unter diesen Umständen mußte auch die geringste Blutung verhängnisvoll werden. Im übrigen hat auch die Blutung aus den Cervixrissen, die bei der beschleunigten Entbindung entstanden sind, ihrerseits nicht wenig zu dem unglücklichen Ausgang beigetragen.

Aehnlich liegt der Fall 14. Auch hier vorzeitige Placentarlösung, allerdings keine so starke Anämie und so schlechtes Allgemeinbefinden, dafür andere Komplikationen. Die Sektion stellte fest eine $1^1/_2$ cm lange penetrierende Cervixruptur mit einem faustgroßen Hämatom im Parametrium und Karzinomkachexie: es fand sich nämlich Atrophia cordis, veranlaßt durch ein medulläres Karzinom der vorderen Magenwand, das bereits zu Metastasen in den Mesenterialdrüsen geführt hatte. So ähnlich verhält es sich mit dem Fall 48; hier schritt man erst nach zweistündiger starker Blutung bei sehr kleinem und frequentem Puls der Frau zur manuellen Lösung, und so war denn das Schicksal der bereits Kollabierenden besiegelt, als nun noch eine schwere Atonie eintrat.

Noch 3 Fälle gehören zweifellos in diese Gruppe der durch anderweitige Komplikationen ungünstig beeinflußten Atonien: Nr. 49, 50 und 30. Bei der einen Kreißenden lag vor chronische Nephritis und vorzeitige Placentarlösung, die einen Blutverlust von ungefähr 1 Liter herbeigeführt hatte; dieser wurde übrigens noch größer durch die gewiß nicht unbedeutende Blutung vor Expression der Placenta; bei der anderen hatte Fieber die Widerstandsfähigkeit des Herzens wie des ganzen Körpers geschwächt und die entstandenen Risse die Verblutung sicher beschleunigt. Im 3. Fall handelte es sich um Placenta praevia: die Kreißende hatte bereits mehrere heftige Blutungen überstanden, die Puls und All-

gemeinbefinden erheblich alteriert hatten. Sie erholte sich zwar wieder unter Verabreichung von Kampher und Kochsalzlösung, doch hat sicherlich die Verdünnung des Blutes seine Gerinnbarkeit beträchtlich herabgesetzt, und so war die Möglichkeit einer Thrombenbildung in den Uteroplacentarvenen auf ein Minimum reduziert und damit der Organismus seines letzten, äußersten Hilfsmittels zur Stillung der Blutung so gut wie völlig beraubt. Im übrigen hat auch der Cervixriß, wenn er auch rechtzeitig erkannt worden ist, den Blutverlust noch gesteigert.

6 unter den gesamten 8 Todesfällen (nicht 11, denn 3 scheiden von vornherein aus, weil die Atonie bei ihnen nur nebensächlicher Art war) können demnach in der Statistik nicht als einzig allein durch die Atonie bedingt angesehen werden. Wohl trat hier die Atonie in äußerst schwerer, das Leben bedrohender Form auf, doch ist der Einwand durchaus berechtigt, daß beim Fehlen aller komplizierenden Momente die Frauen sich noch rechtzeitig erholt hätten und die Therapie erfolgreich gewesen wäre.

Es bleiben also nur noch 2 Todesfälle übrig. Für sie ist allerdings ausschließlich die Atonie verantwortlich zu machen. Im Fall 92 berichtet zwar die Geburtsgeschichte von einer Sepsis und Plac. praev. centralis, doch diese hatte nur eine mäßige Blutung verursacht, und selbst wenn jene (die Sepsis) nicht vorhanden gewesen wäre, es hätte doch die so hochgradige Blutung dieselben Folgen gehabt, weil schwere mechanische Hindernisse die dauernde Retraktion des Uterusmuskels vereitelten, nämlich zahlreiche interstitielle und subseröse Myome. Fall 54 gibt ein noch reineres Beispiel einer unkomplizierten tötlichen Atonie: hier verblutete sich in kurzer Zeit ein junges, durch nichts geschwächtes Menschenleben, eine 20jähr. Erstgebärende.

Wenn wir nach den Ursachen für das Entstehen der Atonie in unseren 99 Fällen forschen, so fällt sogleich auf, daß zum großen Teil in jedem einzelnen Fall mehrere Fak-

toren dafür angeschuldigt werden können, die atonische Nachblutung herbeigeführt zu haben. Daß es sich so verhält, liegt in der Natur der Sache. Der langen Geburtsdauer muß oft durch eine Operation, die eine rasche Entleerung bewirkt, ein Ende gemacht werden; was schlechte Wehen nicht erreichen, das besorgt oft die schnell entbindende Zange oder Fußextraktion. Und diese Operationen wieder werden unter Chloroformnarkose vorgenommen, die ihrerseits nicht gerade einen günstigen Einfluß auf die Uteruskontraktionen ausübt. Auch andere Ursachen, wie Zwillinge, Hydramnion, Hängeleib, gefüllte Blase, können zum Teil zusammenwirken, und so gibt es eine größere Anzahl verschiedener Kombinationen. Die Betrachtung unserer Fälle lehrt nun, daß auch dort, wo mehrere der eben genannten Momente zusammentreffen, gewöhnlich die Atonie leicht verläuft und rasch beseitigt werden kann, und erst recht da, wo nur eine derartige Ursache wirksam ist. Ungefähr 25 Fälle lassen sich unter diese Rubrik bringen, und so läßt sich wohl die hier beobachtete Tatsache verallgemeinern. Fall 90 mit starker atonischer Nachblutung spricht nicht dagegen, denn hier war bei stehender Portio und grübchenförmigem Muttermund der vaginale Kaiserschnitt gemacht worden, also zu einer Zeit, wo die Erregbarkeit des Uterus noch gering ist. 3 Fälle von Zwillingen, ein Fall von Hydramnion, ein Fall von Tympania uteri finden sich in unserem Material; bei ihnen allen war die Atonie nur geringgradig. Ob allgemeine Körperschwäche, Chlorose, Nephritis durch Schädigung des Uterusmuskels an der Entstehung einer Atonie beteiligt sein können, läßt sich bei den wenigen Fällen, über die wir hierfür verfügen, nicht entscheiden. Auch kann nicht beurteilt werden, in wieweit Eihautretentionen und der Schultzesche Lösungsmechanismus die Veranlassung für die Atonie gegeben haben, denn ein erheblicher Teil dieser Fälle kann auch auf andere Ursachen zurückgeführt werden. Von dem letzteren möchte man allerdings nach den Beispielen

11, 12, 20, 71, 75, 82 behaupten, daß er die Hauptrolle gespielt hat. Theoretisch ist es durchaus möglich, weil hier die völlige Ablösung durch den retroplacentaren Bluterguß stattfinden kann, ohne daß die die Retraktion befördernden Uteruskontraktionen vorhergegangen sind.

Bei Fall 73 sind neben dem Schultzeschen Lösungsmodus Scopolamin-Morphiuminjektionen zu verzeichnen; hier werden wohl diese die Hauptschuld tragen, da ihre Schädlichkeit in dieser Beziehung längst (Fehling) erkannt ist.

Die schweren und schwersten Atonien sind fast ausschließlich da vorgekommen, wo in den natürlichen Ablösungsmechanismus der Placenta eingegriffen worden ist, also wo die Placenta auf gewaltsame Weise durch den sog. forcierten Credé, evtl. in Narkose, ausgedrückt oder von ihrer Haftfläche manuell gelöst worden ist. Ueber die Gründe dieser Erscheinung können folgende Ueberlegungen Aufschluß geben. Wenn eine Retraktion auch nur in mäßigem Grade sich vollzieht, so löst sich die Placenta spontan. Die nur teilweise Placentarlösung oder die Retention von Placentarresten oder gar die völlige Placentaradhärenz spiegelt demnach einen überaus schlechten Retraktionszustand des Uterus wieder, ist gleichsam ein Indikator dafür, daß die Umlagerung und Verfilzung der einzelnen Muskelfasern, die den dauernden Verschluß der Uteroplacentargefäße zuwege bringen sollen, nur ganz unvollkommen oder gar nicht eingetreten ist. Das Ausbleiben dieses physiologischen Vorganges kann bedingt sein durch die feste Verwachsung der Placenta mit der Uteruswand (sekundär); diese verhindert eben die Verschiebung der Muskelfasern, die Verkleinerung des Organs; oder die Kontraktion und Retraktion — diese ist nur die Folge von jener — ist deshalb nicht zustande gekommen, weil die Muskelfasern infolge Ueberanstrengung und Ermüdung ihre Reizbarkeit vorübergehend verloren haben. Noch ein anderer Grund kommt in Betracht: mechanische Hindernisse können

die Retraktion unmöglich machen; das ist in Nr. 92 der Fall, wo die Uterusmuskulatur von zahlreichen Myomen durchsetzt gefunden wurde. Schließlich muß für das Fehlen der Retraktion noch eine vierte Ursache angenommen werden, die die schwere Atonie bei Tubeneckenplacenta (54, 36, 87) und Placenta praevia veranlaßt. Hier findet man in der Nachgeburtsperiode den ganzen Uterus schlaff, nicht bloß die Insertionsstellen der Placenta, und da normalerweise von der Cervix und den Tubenwinkeln aus (H. W. Freund) Wehen ausgelöst werden können, muß daran gedacht werden, daß bei diesen Anomalien vielleicht eine Störung in der Fortleitung der Reize zur Retraktion besteht.

Wo also die natürliche Lösung der Placenta vermißt wird, ist die tonische Retraktion des Uterusmuskels geringgradiger als dort wo sich jene spontan vollzieht; also ist in dem ersten Falle eine schwerere Atonie zu befürchten als im zweiten. Unsere Fälle von Placenta praevia liefern die Bestätigung hierfür: die Atonie war leicht zu beseitigen, wenn der Bericht von einer spontanen Lösung meldet (26, 27, 31, 42, 46), und umgekehrt brachte die Atonie die Entbundene in Lebensgefahr, dort wo eine künstliche Lösung notwendig wurde (13,51, 52, 93). Ich habe 111 Fälle von Placenta praevia aus der Frauenklinik der Charité durchgesehen, die in einer Dissertation über Behandlung der Placenta praevia angeführt sind, und dabei konstatieren können, daß geradezu mit überraschender Regelmäßigkeit auf die Bemerkung: Expression der Placenta oder manuelle Lösung das Wort folgt: Uterus-Scheidentamponade, d. h. schwere Atonie.

Für unser praktisches Handeln ergibt sich hieraus zweierlei: erstens wird man die gewaltsame Lösung der Placenta möglichst lange hinausschieben; man verschafft dadurch dem durch die Geburtsarbeit ermüdeten Uterusmuskel Zeit zur Erholung, es steigert sich infolgedessen seine Reizbarkeit; daraus zieht man wieder Nutzen, wenn ein Ein-

griff doch noch ausgeführt werden muß. Oft stellen sich aber gerade zur rechten Zeit noch Kontraktion und Retraktion ein, und die Placenta wird ohne unsere Hilfe gelöst. Eine geringe Blutung darf demnach nicht veranlassen, das konservative Abwarten aufzugeben; daß aber andererseits zu langes Zögern Unheil stiften kann, lehrt Fall 48, wo der bereits ausgebluteten Frau durch die manuelle Lösung keine Rettung mehr gebracht werden konnte. Zweitens geht aus unserer Zusammenstellung hervor, daß, falls die gewaltsame Entfernung vorgenommen werden muß, die Atonie darauf sogleich mit den stärksten Mitteln bekämpft werden muß. Vielleicht hätte dann in einigen unserer Fälle der tötliche Ausgang verhütet werden können. — Achtmal (5, 16, 17, 20, 43, 59, 78, 90) hat sich die interessante Tatsache gefunden, daß die Atonie erst später als 1 Stunde nach erfolgter Geburt der Placenta aufgetreten ist, im Fall 20 und 78 erst 3 Stunden darauf. Da allein bei 5 Fällen die Uterushöhle rasch entleert worden ist, wird dieser Vorgang wohl in einem ursächlichen Zusammenhang zu der späten Nachblutung stehen. Im 6. Fall lag Abort VI. mit Expression der Placenta vor, im 7. Frühgeburt und tiefer Sitz der Placenta. Die Geburtsgeschichte des 8. Falles weist als Besonderheiten auf: Placenta praevia marginalis, Placenta anscheinend vollständig, Eihäute fehlen zum Teil. Die Atonie ist in einem Teil dieser Fälle nicht leicht gewesen, hat jedoch dem behandelnden Arzt keine besondere Schwierigkeit gemacht.

Fall 68 beansprucht ein besonderes Interesse, obwohl es sich hier nur um eine mäßige Atonie handelt. Er betrifft nämlich ein 13jähriges Mädchen, dessen Entbindung mit zwei Komplikationen verbunden war, mit Placenta praevia lateralis und 2. Vorderhauptslage. Die Intensität der Wehen schwankte, nach 40stündiger Wehentätigkeit wurde die Geburt mit der Zange beendet.

Bevor wir auf die Therapie der Atonie in unseren Fällen

eingehen, sei mit einigen Worten der Prophylaxe gedacht, die den Verlauf jener oft ebenso sicher gemildert hat, wie sie imstande ist, der Entstehung von Nachblutungen überhaupt vorzubeugen. Zur Zeit einer bestehenden Wehenschwäche wird nur im Notfall eingegriffen; die eine rasche Entleerung des Uterus herbeiführende Operation wird so langsam wie nur möglich vorgenommen. Sobald man in der Lage ist, die Entbindung eventl. auch sofort zu beenden, bei Forcepsextraktion also, wenn der Kopf der Zange folgt, werden 2 Spritzen einer $12^1/_2\,^0/_0$igen Ergotinlösung oder $^1/_2$—1 Spritze Secacornin gegeben, beim Kaiserschnitt 20 Minuten vor Beginn der Operation; auch bei spontanen Geburten wird überall da, wo eine Atonie zu befürchten ist, regelmäßig das Ergotin rechtzeitig verabreicht. Der Uterus in der Nachgeburtsperiode wird sorgfältig überwacht; bei Neigung zur Erschlaffung wird der Fundus vorsichtig angerieben. Auf die Lösung der Placenta durch die natürlichen Kräfte wartet man bis 2 Stunden, erst dann beginnt man mit dem Credéschen Handgriff. Wenn der Uterus nach Ausstoßung der Placenta sich nicht kräftig zusammenzieht, wird er zunächst einige Zeit gerieben (bei gefüllter Blase Katheterismus), eventl. wird noch einmal Ergotin verabfolgt. Reagiert er auch darauf nicht, dann wird die äußere Massage in verstärktem Maße angewendet, und durch Zusammenpressen des Uteruskörpers werden die in ihm steckenden Blutcoagula entfernt. Damit sind wir bereits bei der Behandlung der leichten Atonien angelangt. Die eben beschriebenen Maßnahmen, besonders das, wenn notwendig, auch länger fortgesetzte Reiben, zeigten sich bei unseren leichten Fällen äußerst wirksam, doch auch bei erheblicher Nachblutung reichten sie oft vollkommen aus. Widerstand die Atonie dieser Therapie, dann kamen 50° C. heiße Uterusspülungen an die Reihe und schließlich als stärkstes Reizmittel die Massage des Uterus über der in das Corpus oder das hintere Scheidengewölbe eingeführten Hand. In einem

Drittel aller Fälle wurden Spülungen, in 26 Fällen Massage angewendet. Die Warnung von Veit, wegen der Infektionsgefahr nur in den allerschwersten Fällen in den Uterus einzugehen, hat sich, wenigstens an unserem klinischen Material geprüft, nicht als begründet herausgestellt. Nur bei einigen wenigen Fällen sind ganz leichte Temperatursteigerungen beobachtet worden, eine schwere Sepsis nie. Dagegen hatte der intrauterine Eingriff noch einen besonderen Vorteil: einige Male wurden dabei Cervixrisse noch rechtzeitig entdeckt. Zehnmal sind Spülungen und Massage ohne Erfolg gewesen, 8 Fälle davon endeten letal; in den beiden übrigen führte die Uterusscheidentamponade zum Ziel (47, 99). Diese ist außerdem nur noch dreimal zur Hilfe genommen worden (48, 49, 14), jedesmal als ultimum refugium, wenn die Verblutungsgefahr bereits bis aufs höchste gestiegen war. Im Fall 48 berichtet die Geburtsgeschichte von einem Stillstand der Blutung danach, in den beiden anderen Fällen findet sich kein Vermerk in dieser Richtung. Der ungünstige Ausgang konnte in allen drei Fällen nicht verhütet werden.

Ein einziges Mal (92) ist der Momburgsche Schlauch angelegt worden: er hat versagt, wahrscheinlich weil in diesem Falle (zahlreiche interstitielle Myome) die Retraktion aus mechanischen Gründen eine Unmöglichkeit war.

In jedem Falle von Atonie wurde der Uterus noch längere Zeit mit der Hand überwacht und dann durch Auflegen eines Sandsackes am Aufsteigen verhindert.

1. 1905 Nr. 316. H. B., 31 Jahre V p. Bei der dritten Geburt Placenta praev., bei der 2., 3., 4. Placenta adhaer. II. Schädellage. Eröffn.-Per. $6^3/_4$ Stunden, Austreibungs-Per. $^1/_4$ Stunde. 2 Spritzen Ergotin. Placenta wird nach $2^1/_2$ Stunden manuell entfernt, da Credé, auch in Narkose, erfolglos. Darauf heiße Uterusspülung mit 2 Liter $^1/_2\,^0/_0$iger Lysollösung. Nach einigen Minuten blutet es wieder, der Uterus kontrahiert sich nicht, noch einmal heiße Uterusspülungen. Sandsack, 2 Spr. Ergotin, Blutung steht; Wochenbett normal.

2. 1905. Nr. 766. M. S., 35 Jahre I p. II. Schädellage. Eröffn.-Per. 8 Stunden, Austreib.-Per. $5^3/_1$ Stunden. 2 Spr. Ergotin. Wegen starker Blutung und vergeblichen Credés manuelle Placentarlösung. Darauf sehr starke Blutung. 2 Spritzen Ergotin. Blutung steht, 3 Spr. Kampher, 750 g Kochsalzlösung subkutan, 500 g p Rectum. Wochenbett — leichtes Fieber; völlige Genesung.

3. 1905. Nr. 1025. M. S., 22 Jahre I p. II. Stirnlage. Eröffnungs-Per. 26 Stunden, Austreib.-Per. 28 Stunden. Zersetztes Fruchtwasser Tympania uteri. Perforation des Kindes, Extraktion mit dem Cranioklasten. Eihöhlenspülung mit $2\,^0/_0$iger Lysollösung, nach 5 Minuten Geburt der Placenta. Heiße Uterusspülungen. Schlechte Kontraktion des Uterus. 3 Spritzen Ergotin. Kampher. Uterus wird wegen schwacher Kontraktion einige Zeit überwacht, bleibt schließlich gut kontrahiert. Nach ca. 12 Stunden Exitus an Sepsis.

4. 1905. Nr. 1097. A. R., 34 Jahre I p. Chlorose. I. Schädellage (rachitisches Becken). Blasensprung bei

markstückgroßem Muttermund. Austreib.-Per. $3^1/_2$ Tag. Temperatur bis 39°; 128 Pulse. Keine Herztöne hörbar. Perforation und Extraktion mit dem Cranioklasten bei kleinhandtellergroßem Muttermund. 2%ige Lysoleihöhlenspülung. Die bald danach gelöste Placenta wird mittels leichten Credés entfernt. Stärkere Nachblutung. Heiße Uterusspülung. 3 Spritzen Ergotin. Wochenbett normal.

5. 1906. Nr. 73. F. S., 31 Jahre II p. I. Partus — Frühgeburt im 7. Monat (Nephritis). Oedeme der Beine und Labien. 10‰ Alb., Hyaline und granulierte Zylinder. I. Schädellage. Blasensprung nach 3 Stunden, ganz unbedeutender Blutabgang. Austreibungsperiode 7 Stunden. 40 Tropfen Ergotin p. os. $^1/_2$ Stunde später Ausstoßung der Placenta. Tiefer Sitz der Placenta. Nach 3 Stunden, auf der Station, erfolgt sehr heftige Nachblutung, Uterus ist hochgestiegen. 20 Tropfen Ergotin. Es blutet weiter, Uterus schlecht kontrahiert. Auch nach Entleerung der gefüllten Blase besteht die Atonie fort. Nachtastung in Narkose: keine Placentarreste, keine Einrisse. Heiße Uterusspülung. 2 Spritzen Ergotin. Blutung steht. Kampher, Kochsalzlösung. 3 Stunden hindurch Ueberwachung des Uterus, der immer wieder weich wird. Eine Spritze Ergotin. Kampher, Kochsalzlösung. Wochenbett normal; bei der Entlassung keine Zylinder.

6. 1906. Nr. 174. G. S., 18 Jahre I p. Schwächliche, magere Person. I. Schädellage. Eklampsie (7 Anfälle bis zur Geburt des Kindes, 13‰ Alb., Hyaline, granulierte Zylinder, sehr viel Erythrocyten, viel Leukocyten) 0,03 Morph., 4 g Brom. Nach ca. 1 Stunde unregelmäßige Atmung und schlechte Herztätigkeit. Beiderseits Incisionen in den noch nicht völlig erweiterten Muttermund. Zangenextraktion; starke Blutung. Placenta auf Credé. Uterus steigt atonisch hoch. 2 Spr. Ergotin. Blutung steht. Wochenbett normal.

7. 1906. Nr. 201. M. B., 24 Jahre I p. Als Kind

Rachitis. Chlorose. Eröffnungsperiode 20 Stunden. Austreibungsperiode 9 Stunden, gute Wehen. Beckenausgangszange wegen schlechter Herztöne. 2 Spr. Ergotin. Nach 10 Minuten wird die gelöste Placenta exprimiert. Leichte atonische Nachblutung. Eine Spritze Ergotin. Wochenbett: Parametritis, Salpingitis, Bartholinitis sin.

8. 1906. Nr. 203. E. L., 35 Jahre I p. Scharlach, Pocken in der Anamnese; vor 3 Jahren Alexander-Adams. II. Schädellage. Eröffn.-Per. 15 Stunden. Austreib.-Per. 3 Stunden; schwache Wehen. 40 Tropfen Ergotin. Nach $^1/_4$ Stunde folgt die gelöste Placenta auf Druck. Leichte atonische Blutung. Eine Spritze Ergotin. Rechts am Uterus ein pflaumengroßes subseröses Myom, an der hinteren Wand mehrere kleine. Wochenbett normal.

9. 1906. Nr. 205. A. H., 21 Jahre I p. Starke, kräftige Frau, keine Oedeme, reichlich Albumen. Eklampsie (3 Anfälle). 4 g Brom. In Chloroformnarkose 2 Incisionen in den nicht völlig erweiterten Muttermund, Zangenextraktion. 3 Spritzen Ergotin. Placenta folgt nach einer halben Stunde auf Credé. Es blutet mehrmals aus dem atonischen Uterus. Ueberwachung, Sandsack. Kochsalzlösung wegen Anämie. Wochenbett normal.

10. 1906. Nr. 245. I. N., 32 Jahre III p. frühere Geburten normal. Placenta praevia. I. Querlage. Eröffn.-Per. 25 Stunden. Blutung. Austreib.-Per. starke Blutung. Herunterholen des hinteren Fußes in Chloroformnarkose. Gute Wehen. In schnell aufeinanderfolgenden Wehen wird das Kind bis zum Nabel geboren, dann nach Veit-Smellie entwickelt. 1 Stunde später folgt die Plac. nach wiederholter Anwendung des Credé. Ziemlich starke Blutung. 2 Spritzen Ergotin. Wochenbett normal.

11. 1906. Nr. 250. K. F., 24 Jahre I p. Chlorose. I. Schädellage. Eröffn.-Per. $9^1/_2$ Stunden. Austr.-Per. 3 Stunden. 40 Tropfen Erg. Plac. gelöst folgt auf Druck nach Schultze nach $^1/_4$ Stunde. Es blutet aus dem atonischen

Uterus ziemlich stark. Erg. Ueberwachung des Uterus, später Sandsack. Wochenbett normal.

12. 1906. Nr. 263. H. B., 30 Jahre IV p. Frühere Geburten normal, 1 Abort. I. Schädellage. Geburt nach 9 stündigen Wehen; ziemlich heftige Blutung. 1 Spr. Erg. Die gelöste Plac. folgt auf Credé nach Schultze. Blutung steht nicht. 40 Tropfen Erg. Uterus kontrahiert sich gut. Wochenbett normal.

13. 1906. Nr. 279. H. M., 34 Jahre I p. Kräftig gebaute, anämische Frau. I. Schädellage. Plac. praevia centralis. Wendung auf beide Füße in Chloroformnarkose. Gute Wehen. Kind bis zum Nabel spontan geboren. 3 Spr. Erg. Armlösung, Veit-Smellie. Wegen starker Blutung wird die Plac. auf Credé entfernt. Heftige Blutung dauert an. Nachtastung ergibt nirgends Einriß. Entfernung der Coagula aus dem Uterus. Heiße Spülung. Ueberwachung des Uterus. Blutung steht. Uterus gut kontrahiert. Kochsalzlösung, heiße Bouillon. Wochenbett normal.

14. 1906. Nr. 356. F. H., 30 Jahre VII p. Frühere Entbindungen schwer verlaufen. Pat. wird mäßig blutend in anämischem Zustand eingeliefert, nachdem draußen von einem Arzt vergebliche Wendungsversuche gemacht worden sind. I. Schädellage, plattes Becken. Teilweise Lösung der Plac. Dauernder Blutabgang, sehr kleiner, frequenter Puls. Keine Herztöne hörbar, vorgefallene Nabelschnur pulslos. 2 Spr. Erg. In Chloroformnarkose, wobei Asphyxie eintritt, wird die Wendung gemacht; sie gelingt nur schwer. Extraktion des Kindes, Entwicklung nach Veit-Smellie, ebenfalls schwierig. Herausdrücken der Plac. Starke atonische Blutung. 2 Spr. Erg. Kampher. Uterusspülungen; Uterus schlecht kontrahiert, mäßige Blutung. Pat. erholt sich nicht, Lufthunger. Uterus wird stets wieder weich; es blutet mäßig in das Cavum uteri. Uterus-Scheidentamponade. Reichlich Kampher, Kochsalzlösung, Hochstellen des Fuß-

endes. $2^1/_2$ Stunden nach der Geburt der Plac. erfolgt der Exitus.

Sektionsbefund: An der r. Seite d. Cervix. Eine $1^1/_2$ cm lange, penetrierende Ruptur, im r. Parametrium ein etwa faustgroßes Hämatom, starke Anämie aller Organe, Atrophia cordis, kleinapfelgroßer Tumor an der vorderen Magenwand (Carc. medull.), Metastasen in einigen Mesenterialdrüsen.

15. 1906. Nr. 398. A. P., 30 Jahre I p. II. Schädellage. Eröffnungsperiode 22 Stunden. Schwache Wehen, Erschöpfung der Kreißenden; Beckenausgangszange. 2 Spritzen Erg. beim Einschneiden des Kopfes. Wegen starker Blutung wird die Plac. durch Credé entfernt. Es blutet weiter; die digitale Untersuchung ergibt einen ca. 3 cm langen, rechtsseitigen Cervixriß; Naht desselben. Der Uterus bleibt weich, und eine leichte Blutung dauert noch mehrere Stunden fort. Ueberwachung des Uterus. Kampher. Wochenbett ohne Bes.

16. 1906. Nr. 652. R., 39 Jahre. II p. Rachitis. Plattes Becken. II. Schädellage. Blase vor 1 Stunde gesprungen. Nabelschnurvorfall. Wendung bei handtellergroßem, dehnbarem Muttermund, sofortige Extraktion, Armlösung, Veit-Smellie. 3 Spr. Erg. Mäßige Blutung, Plac. $^1/_2$ Std. nach der Geburt durch Credé entfernt. $1^1/_2$ Stunden später Kollaps, Temperatur $35{,}1^0$. Kleiner frequenter Puls; atonische Blutung. 1 Spr. Secacornin. Ueberwachung des Uterus, Sandsack. Hochstellen des Fußendes, Kampher, heiße Getränke. Wochenbett normal.

17. 1906. Nr. 653. L. P., 35 Jahre. II p. (I. Partus norm.). Sehr anämische Frau. Schädellage. Plac. praevia marg. In Chloroformnarkose Wendung auf den Fuß nach Blasensprengung. Nach 8 Stunden Geburt des Kindes, Armlösung, Veit-Smellie. $^1/_2$ Stunde später folgt die gelöste Plac. auf Druck. (Plac. anscheinend vollständig, Eihäute fehlen zum Teil.) $1^3/_4$ Stunden später leichter Kollaps, geringe atonische Blutung. Hochstellen des Fußendes, Kampher,

Getränke. Wochenbett: leichte Temperatursteigerung, nach 16 Tagen als geheilt entlassen.

18. 1906. Nr. 665. M. D., 26 Jahre I p. Eklampsie (reichlich Albumen, Oedeme). 0,015 Morph., 5 g Bromnatrium nach dem 6. Anfall, nach dem 7. schweren Anfall wieder 0,01 Morph., nach d. 9. Anfall Kampher. I. Schädellage. 3 Stunden nach Einlieferung in Chloroformäthernarkose Bossi-Frommer, hohe Zange. 3 Spr. Erg. Wegen Blutung Entfernung der Plac. durch Credé (Eihäute nicht ganz vollständig). Nachtastung ergibt doppelseitigen Cervixriß und rechtsseitigen Scheidenriß, Naht derselben. Puls klein, frequent. Kochsalzinfusionen. Nach 4 Stunden Atonie; nochmalige Nachtastung, heiße uterine Spülung. Blutung steht. Kochsalzinfusion, Coffein, Kampher. 1 Std. später erfolgt während des 11. eklamptischen Anfalles der Exitus.

19. 1906 Nr. 682 A. W., 30 Jahre II p. (I. Part. vor 4 Jahren Forceps, manuelle Placentarlösung) Chlorose, Alexander-Adams vor 3 Jahren. II. Schädellage. Hängebauch, Oedeme der Beine und Bauchdecken. Nach ca. 14stündigem Kreißen Partus; nach $^1/_2$ Stunden Blutung, 3 Spr. Erg. Kampher; Plac. wird durch Credé entfernt. Blutung steht nicht, Uterus kontrahiert sich nicht; Eingehen mit der Hand und Hervorholen einiger kleiner Placentarreste. Uterine Spülung, innere und äußere Massage. Reichlich Getränke. Nach 2 Stunden ist der Uterus immer noch nicht ordentlich kontrahiert und muß sorgfältig überwacht werden. Wochenbett ohne Bes.

20. 1906. Nr. 716. O. P., 24 Jahre I p. Leichte Oedeme. II. Schädellage. Kräftige Wehen. Die gelöste Plac. folgt 20 Min. nach d. Part. auf leichten Druck nach Schultze. Ziemlich starke Blutung. 2 Spr. Erg. Auflegen des Sandsackes. Blutung steht. Nach 3 Stunden starke Anämie, kleiner freq. P. Ut. sehr schlaff. Nach außen blutet es wenig, darum Nachtastung, Entfernung großer Blutklumpen

aus Scheide und Uterus; Ut. Massage, heiße uterine Spülung. Naht eines kleinen, blutenden Klitorisrisses. Kochsalzinfusion, Kampher, reichl. Getränke, Hochstellen des Fußendes. Ut. wird noch einige Zeit überwacht. Wochenbett: Mastitis, sonst o. Bes.

21. 1906. Nr. 900. A. U., 33 Jahre VI p. (2 Aborte, 1 Frühgeb., sonst norm. Part.) einmal Kindbettfieber. I. Steißlage. Eröffnungsperiode $2^1/_4$ Std. Austreib.-Per. schwache Wehen, Sinken der kindlichen Herztöne. Daher Herunterholen eines Fußes und Extraktion, ca. 1 Stunde nach Blasensprung. 2 Spr. Erg. $^1/_2$ Std. später Entfernung der gelösten Plac. durch Credé (Plac. wahrscheinlich vollständig). Darauf tritt eine ziemlich starke Blutung ein. 2 Spr. Erg. Ueberw. d. Ut. Wochenbett normal.

22. 1906. Nr. 927. M. S., 30 Jahre I p. Eklampsie (26 $^0/_{00}$ Alb. Oedeme). Draußen wurde 0,02 Morph. gegeben und Dauernarkose angewendet. Schädellage. Nach dem 3. Anfall Anlegung des Forceps in Chloroformnarkose 2 Spr. Erg. Nach 25 Minuten wird wegen Blutung die noch nicht gelöste Plac. exprimiert. Leichte Atonie. 1 Spr. Erg. Wochenbett normal.

23. 1906. Nr. 955. E. H., 41 Jahre I p. II. Schädellage 24 stünd. Kreißen. Die Geburt schreitet seit einigen Std. nicht mehr weiter, die Wehen lassen nach, daher Forceps, 2 Spr. Erg. $^1/_4$ Std. später Entfernung der Plac. durch Druck. Danach leichte Atonie. 1 Spr. Secacornin. Blutung steht. Wochenbett normal.

24. 1906. Nr. 976. M. K., 25 Jahre I p. Lungenspitzenkatarrh. II. Schädellage. Eröffnungsper. $8^1/_2$ Stunden. Tiefer Querstand, kindliche Herztöne 80—100; Daher in Chloroformnarkose Beendigung der Geburt durch Forceps, 4 Std. nach Blasensprung. 2 Spr. Erg. Plac. folgt 20 Min. später spontan nach Schultze. Eihäute nicht ganz vollständig. Leichte atonische Nachblutung. 1 Spr. Secacornin, Sandsack, Wochenbett norm.

25. 1907. Nr. 249. L. C., 28 Jahre I p. I. Schädellage. Blasensprung $2^1/_2$ Std. nach Wehenbeginn. 12 Std. später Kopf auf dem Beckenboden, Verlangsamung der kindl. Herztöne, Meconiumabgang; daher Zangenextraktion. 2 Spr. Erg. Nach 10 Min. ist Plac. gelöst und wird wegen Blutung exprimiert (Eihäute anscheinend nicht ganz vollständig). Darauf leichte Atonie. Ueberwachung des Uterus, der sich allmählich gut kontrahiert. Wochenbett normal.

26. 1907. Nr. 260. M. B., 22 Jahre II p. (1. Part. im 7. Monat norm.) Plac. praev. centralis. I. Schädellage wegen starker Blutung Wendung auf den Fuß bei für 2 Finger durchgängigem Cervix. $2^1/_2$ Std. später Kind bis zum Nabel geboren, 3 Spr. Erg. $^1/_2$ Std. nach Geburt des Kindes folgt die Plac. auf Credé. 4 Spr. Kampher. Leichte atonische Blutung. Der Uter. wird 1 Std. lang durch die aufgelegte Hand kontrolliert, dann kontrahiert er sich dauernd. Sandsack. Wochenbett normal.

27. 1907. Nr. 540. A. K., 31 Jahre IV p. (3 p. norm.). Erste abgewichene Schädellage. Plac. praevia marg. Wendung auf den Fuß bei 5-markstückgroßem Muttermund; gute Wehen. Armlösung, Veit-Smellie, 1 Std. später. 2 Spr. Erg. Ziemlich starke Blutung; $^1/_4$ Std. später Entfernung der bereits gelösten Plac. durch Credé, folgt nach Duncan. Uterus schlecht kontrahiert, es blutet weiter. 2 Spr. Ergotin. Ausdrücken einiger Blutkoagula aus dem Uterus, Halten des Uterus, der sich bald gut kontrahiert. Blutung steht auch sofort. Sandsack. Wochenbett normal.

28. 1907. Nr. 716. E. W., 22 Jahre I p. I. Vorderhauptslage. Langs. Eröffn., gute Wehen. Blasensprung 29 Stunden nach Wehenbeginn. 5 Std. später wird Forceps angelegt, weil die Geburt trotz starker Wehen nicht fortschreitet und die kindlichen Herztöne verlangsamt sind. Zwei Inzisionen in den Muttermund. 2 Spritzen Erg. beim Einschneiden des Kopfes, 5 Min. darauf wird die Plac. spontan

ausgestoßen. Leichte Atonie. $^1/_2$ Spr. Secacornin. Wochenbett normal.

29. 1907. Nr. 836. M. P., 24 Jahre I p. I. Schädellage. Eröffnungsperiode 13 Std., Austreibungsper. 11 Std., kindl. Herztöne verlangsamt; daher Zange (Kopf im Beckenausgang). 2 Spr. Erg. $^1/_2$ Std. später folgt die gelöste Plac. auf Druck nach Schultze. Leichte Atonie. 2 Spr. Erg. Wochenbett normal.

30. 1907. Nr. 890. M. B., 29 Jahre. V p. (4 P. norm.). Vor der Einlieferung zwei heftige Blutungen. I. Schädellage. Plac. praev. centralis. Wegen heftiger Blutung Wendung auf den Fuß in Chloroformnarkose. Blutung steht. Wegen schlechten Pulses 1 Liter Kochsalzlösung subkutan, 2 Spr. Kampher. Puls und Allgemeinbefinden werden besser. Gute Wehen. Beim Einschneiden des Steißes $1^1/_2$ Std. später sofort 3 Spr. Erg., 1 Spr. Secacornin. Das Kind wird mit der Plac. ausgestoßen. Sofort sehr heftige Blutung, Uterus ganz schlaff. Manuelle Kompression des Uterus. Da Verdacht auf Cervixriß besteht, wird die Cervix heruntergezogen und der rechtsseitige Riß sofort genäht. Die Blutung steht aus der Rißstelle, dagegen blutet es aus dem Uterus, sobald die manuelle Kompression nachläßt, sehr beträchtlich. 1 Spr. Secacornin. Mehrfache heiße Ut.-Spülungen, Massage des Uterus. Die Atonie bleibt bestehen. Puls wird immer frequenter und schwächer, Atemnot. Nochmalige Infusion von $1^1/_2$ Liter Kochsalzlösung. Exitus $1^1/_4$ Std. nach der Geburt des Kindes.

31. 1907. Nr. 899. E. M., 25 Jahre. VI p. (frühere part. norm.). I. Schädellage. Plac. praevia centralis. Oefter Blutungen vor der Einlieferung. Anämische Frau, schlechter Puls. Wegen Blutung sofort Wendung auf den Fuß und Gewichtszug an demselben. Es blutet ein wenig. Gute Wehen. Beim Einschneiden des Steißes $1^1/_2$ Std. später 2 Spr. Erg. Dem Kinde folgt ein großer Schuß Blut, und da ein Stück Plac. bereits in der Vulva sichtbar ist, wird

die Plac. ganz exprimiert. 1 Spr. Secacornin. Es blutet bei jeder Nachwehe noch etwas. Halten des Uterus, darauf Sandsack. Uterus kontrahiert sich gut, keine weitere Blutung. Wochenbett o. B.

32. 1907. Nr. 980. H. H., 25 Jahre. I p. Ziemlich ausgeblutete Frau, Temp. 37,8, Puls 136. II. Schädellage, tiefer Sitz der Plac. Im ganzen gute Wehen. 7 Std. nach der Einlieferung Kopf in Beckenmitte; Forceps wegen starker Anämie und um der Kreißenden das Mitpressen zu ersparen. 1 Spr. Secacornin. Halten des Uterus. Nach 20 Min. folgt die Plac. auf Credé. Da es stark weiterblutet, Nachtasten des Uterus und heiße Spülung. Uterus kontrahiert sich gut. Wochenbett: leichte Temp.-Steigerung, schließlich normal.

33. 1907. Nr. 992 M. G., 25 Jahre. I p. II. Schädellage. Norm. Geburtsdauer. 40 Tropfen Erg. Es wird wiederholt vergeblich versucht die Plac. durch Credé zu entfernen; erst in Chlor-Nark. gelingt es — 2 Std. nach der Geburt des Kindes. Nachher atonische Blutung. $^1/_2$ Spr. Secacornin. Halten des Uterus. Wochenbett normal.

34. 1907. Nr. 995. M. K., 18 Jahre. I p. II. Schädellage, frühzeitiger Blasensprung. Schlechte Wehen. 19 Std. nach dem Blasensprung wird die Geburt wegen Wehenschwäche mit dem Forceps beendet, in Chloroformnarkose. Erg. subk. $^1/_2$ Std. später folgt die gelöste Plac. auf Druck nach Schultze (Eihäute fehlen z. T.). Atonische Nachblutung. $^1/_2$ Spr. Secacornin. Wochenbett im ganzen normal.

35. 1907. Nr. 1029. F. Z., 21 Jahre. I p. I. Steißlage. Schlechte Wehen, 3 täg. Eröffnungsperiode. Steiß rückt während der 9 stünd. Austreibungsperiode nicht über den Beckenboden hinaus. Daher manuelles Tieferziehen und Extraktion, die nur langsam vor sich geht. Geringe Atonie, 1 Spr. Secacornin. Wochenbett im ganzen normal.

36. 1907. Nr. 1030. M. B., 28 Jahre. III p. Beim zweiten Partus Wendung, Atonie. I. Schädellage. Nach angeblich 4 täg. Kreißen spontane Geburt. 25 Min. später wird wegen

Blutung die Plac. herausgepreßt. Plac. an zwei Stellen defekt. Da die Blutung anhält, wird in Narkose der Uterus ausgetastet und aus der rechten Tubenecke noch Plac. entfernt. Heiße Spülungen und manuelle Massage bewirken erst nach einiger Zeit Stillstand der Blutung und Kontraktion des Uterus. Sorgfältige Ueberwachung des Uterus. Wochenbett normal.

37. 1907. Nr. 1069. E. W., 27 Jahre. I p. 6 $^0/_{00}$ Albumen, benommen. Zwillinge, beide in Schädellage. Der zweite wird $^1/_4$ Std. nach dem ersten geboren; Wehen vorher waren gut. $^3/_4$ Spr. Secacornin. Die Plac. folgt dem zweiten Kinde sofort nach. Geringe Nachblutung. Halten des Uterus. Wochenbett o. B.

38. 1907. Nr. 1076. F. G., 26 Jahre. II p. Etwas anämische Frau. Schädellage, Plac. praev. lateralis, draußen dreimal Blutungen. Blasensprung, gute Wehen. Starke Blutung sofort nach Austritt des Kindes. 1 Spr. Secacornin. Uterus kontrahiert sich schlecht. Reiben ohne Erfolg, ebenso Credé, selbst in Narkose; wegen der sehr erheblichen Blutung daher manuelle Lösung (Eihäute nur z. T.). Darauf heiße intrauterine Spülung und sorgfältige Ueberwachung des Uterus, der immer wieder erschlafft. Schließlich kontrahiert er sich gut und die Blutung steht. Kochsalzlösung per rectum. Wochenbett normal.

39. 1908. Nr. 138. E. K., 25 Jahre. I p. II. Schädellage. Eröffnungs-Per. $16^3/_4$ Std., ca. 2 Std. nach dem Blasensprung normale Geburt. Wegen Blutung wird die Plac. exprimiert. Sehr starke atonische Blutung. Erg. 2 mal 2 Spr. innerhalb 1 Std. Kampher, Kochsalzinfusion. 2 Std. später Austasten der Uterushöhle, noch 2 Spr. Erg. Uterusspülung. Cervixnaht (!) links 3, rechts 2 Knopfnähte. Kampher, Kochsalzlösung. Wochenbett normal.

40. 1908. Nr. 172. S. M., 22 Jahre. I p. I. Schädellage. Nach 11 Std. spontane Geburt. 2 Spritzen Erg. Nach der Geburt des Kopfes kommt eine beträchtliche Menge hell-

roten (!) Blutes. Katheterismus. Wegen Blutung wird $^1/_4$ Std. später die Plac. nach Credé entfernt; Austritt nach Schultze. Aton. Nachblutung. 2 Spr. Erg., Halten des Uterus $1^1/_4$ Std. lang. 40 Tropfen Erg. Wochenbett im ganzen normal.

41. 1908. Nr. 175. M. H., 35 Jahre. VI p., frühere Partus gut verlaufen. In der Schwangerschaft mehrmals Blutungen, seit einigen Tagen weißlicher Ausfluß. Letzte Regel vor 5 Monaten. Steißlage. Kurze Zeit nach der Ankunft kommt der Steiß zum Einschneiden; $^1/_4$ Std. später Geburt der Frucht beendet. Die Frau blutet stark wegen Atonie. Heiße Uterusspülungen, 40 Tropfen Erg. Weil die Blutung nicht steht, wird die Plac. manuell in Narkose gelöst. Wegen schlechter Kontraktion des Uterus innere und äußere Massage, Uterusspülungen, 2 Spr. Ergotin. Uterus wird $^1/_2$ Std. gehalten. Blutung steht, Uterus kontrahiert sich gut. Wochenbett normal.

42. 1908. Nr. 200. F. R., 23 Jahre. II p. Große, kräftige, etwas anämische Frau. II. Schädellage, Plac. praev. centr. Perforation der Plac. und Wendung. Temp. 35,8. Gute Wehen. $2^1/_2$ Std. später spontane Geburt. 3 Spr. Erg. 7 Min. nach der Geburt Entfernung der gelösten Plac. nach Credé. Leichte Atonie. 3 Spr. Erg. Halten des Uterus. 1 Liter Kochsalzlösung subkutan. Wochenbett: leichte Temperatursteigerung, Aufstehen am 13. Tag.

43. 1908. Nr. 209. K. S., 37 Jahre. III p., frühere Entbindungen normal. I. Schädellage. Nach einer Wehentätigkeit von nur einigen Stunden spontane Geburt. 40 Tropfen Erg. $^1/_2$ Std. später folgt die gelöste Plac. auf Druck nach Schultze. $1^1/_4$ Std. später plötzlich auftretende Atonie. 2 Spr. Erg. Katheterismus, Halten des Uterus. Kochsalzlösung subkutan, Kampher, Kognak. Blutung steht. Wochenbett normal.

44. 1908. Nr. 236. M. P., 17 Jahre. I p. Sehr anämisches Aussehen, Lungentuberkulose. Letzte Regel vor 7 Monaten. Seit 14 Tagen leichte Blutung. Seit heute starke Blutung,

daher vom Arzt draußen tamponiert. Zwillinge. 1. Kind in erster Vorderhauptslage, 2. Kind in II. Schädellage spontan Wegen starker Blutung muß 10 Min. später die Plac. exprimiert werden. Halten des Uterus. Starke Nachblutung. Katheterisieren, äußere Massage. Darauf Stehen der Blutung. Sandsack, Kognak. Wochenbett, abgesehen von dreitägigen Temperatursteigerungen, normal.

45. 1908. Nr. 251. M. H., 22 Jahre. I p. Nach 16stünd. Wehen wird wegen Wehenschwäche und wechselnder kindlicher Herztöne bei äußerster Erschöpfung der Kreißenden die Geburt durch den Forceps beendet, in Chlor.-Nark. 2 Spr. Erg. $^1/_2$ Std. später folgt die gelöste Plac. auf Druck nach Schultze. Nachblutung. Halten des Uterus, Katheterisieren, 1 Spr. Erg. Wochenbett normal.

46. 1908. Nr. 417. H. L., 27 Jahre. V p., 4 Partus normal. Anämische Frau. In den letzten Wochen öfter Blutungen. II. Schädellage. Plac. praev. lat. Bei für 2 Finger durchgängigem Muttermund Wendung auf den Fuß in Chlor.-Nark. Kräftige Wehen. Das Kind wird ca. 2 Std. später mit der Plac. spontan ausgestoßen. 2 Spr. Erg. Leichte Atonie. Halten des Uterus, 2 Spr. Erg. Kochsalzlösung. Wochenbett normal.

47. 1908. Nr. 470. E. H., 17 Jahre. I p. Blinddarmentzündung vor 1 Jahr. Nach anscheinend nicht langer Wehendauer spontane Geburt. 2 Spr. Erg. Wegen starker Blutung wird die Plac. 5 Min. später exprimiert. Placenta zweiteilig. 2 Spr. Erg. Halten des Uterus. Schwere Atonie. Austasten des Uterus, innere und äußere Massage, heiße Uterusspülungen, 2 Spr. Erg. 750 ccm Kochsalzlösung. Puls schnell und klein, dauernd Ohnmachtsanfälle. Hochstellen des Bettes, Kognak. 3 Std. später sickert das Blut immer noch heraus. Nochmals Eingehen mit der Hand und heiße Scheidenspülungen. Darauf Tamponade des Uterus und der Scheide mit Jodoformgaze. Kochsalzlösung, heißer

Tee. Wochenbett: vereinzelte Temperatursteigerungen (3 mal bis 38,2°, einmal bis 40°), Aufstehen am 14. Tag.

48. 1908. Nr. 493. M. S., 38 Jahre. II p. I. Part. normal, Plac. adhaerent. I. Schädellage. Wird mit einscheidendem Kopf eingeliefert. Wehenbeginn vor ca. 7 Std. Uterus mäßig kontrahiert. 40 Tropfen Erg. Nach $^1/_2$ Std. entleeren sich bei Credé große Blutkoagula, starke Blutung. Credé ohne Erfolg. Nach Entleerung der Blase auch in Narkose Credé erfolglos. Uterus mäßig kontrahiert, starke Blutung. $1^1/_2$ Std. später manuelle Placentarlösung bei sehr kleinem frequentem Puls. Plac. sitzt zu $^3/_4$ fest. Atonie. Massage über der eingeführten Faust, heiße Uterusspülung, 2 Spr. Erg., 8 Spr. Kampher. Uterus mäßig kontrahiert, $^3/_4$ Liter Kochsalzlösung. Nach 10 Min. völlige Atonie mit mäßiger Blutung. Puls trotz Infusion sehr klein, teilweise peripher nicht fühlbar. 20 Min. darauf Tamponade des Uterus und der Scheide. Blutung steht, Uterus schlaff. Nach $^1/_2$ Std., während Sauerstoffinhalation, tritt der Exitus ein.

49. 1908. Nr. 510. M. K., 23 Jahre. II p. (vorher Abort VI). Mittelkräftige Frau, Oedeme, Alb. Die Kreißende gibt an, seit heute Mittag sehr schlecht zu sehen, außerdem leichte Blutung. Nephritis chronica. I. Schädellage, vorzeitige Placentarlösung. Blasensprung 4 Std. nach Wehenbeginn, $5^3/_4$ Std. später spontane Geburt. Nach der Geburt des Kopfes stürzen teerähnliche Blutkoagula hervor, vom Volumen eines halben Liters. Bei der nächsten Wehe wird das Kind entwickelt, und abermals entleert sich dieselbe Menge Blut von gleicher Beschaffenheit. Obwohl der Uterus sofort gehalten wird, blutet es immer noch, deshalb wird die Plac. durch Credé entfernt. Blutung steht nicht. Es wird mit zwei Fingern in den Uterus eingegangen und zwei wallnußgroße Blutkoagula entfernt. Massage des Uterus. Es blutet weiter. Heiße Spülung, Tamponade des Uterus. Kochsalzlösung, Erg., Kampher. Exitus unter den Zeichen der Verblutung.

50. 1908. Nr. 559. E. J., 38 Jahre. I p. Zwillinge. Blasensprung nach 16stünd. Wehentätigkeit. Es tritt allmählich steigendes Fieber (bis 39°) und Pulserhöhung ein. Nachlassen der Wehen. Starke Schwellung der Muttermundslippen. Es wird 15 Std. nach dem Blasensprung die Geburt operativ beendet. Erweiterung des 5-Markstück-großen Muttermundes mit Bossi innerhalb 15 Min. Extraktion m. d. Forceps. $^1/_4$ Std. später Sprengung der zweiten Blase, Wendung des zweiten Zwillings aus zweiter Querlage. Die Ausstoßung des zweiten Kindes (maceriert) erfolgt sehr rasch, 1. Kind 3,8 kg, 2. Kind 2,2 kg. Wegen jauchigen Fruchtwassers Lysolspülung. Vor der Geburt des ersten und nach der Entwicklung des zweiten Zwillings je 2 Spr. Erg. Uterus mäßig kontrahiert. Nach 1 Std. tritt Blutung ein. Credé, auch in Narkose, erfolglos. Daher manuelle Placentarlösung. Heiße Alkoholspülung, Uterus kontrahiert sich gut. Nach 10 Min. stärkere Blutung trotz Halten des Uterus, Uterus sehr schlaff. Aeußere und innere Massage, heiße Spülungen, 2 Spr. Ergotin, 1 Spr. Ergotin, 1 Spr. Secacornin. Alle Mittel völlig erfolglos. Kampher, Kochsalzlösung. Sehr rascher Verfall der Pat., Exitus ca. $1^1/_2$ Std. nach der Entbindung. Die Sektion ergab: Außerordentliche anämische Organe, Uterus sehr schlaff, an der Vagina einzelne Druckspuren des Bossischen Instrumentes, rechts vorn eine Perforationsstelle von 2 cm (?), links vorn ein 5 cm langer Cervixriß, der 1 cm über dem vaginalen Teil der Portio beginnt, Plac.-Stelle frei von Placentarresten ;an der Hinterwand des Uterus ist das Peritoneum in einer Ausdehnung von 5 cm geplatzt und auf 2 cm auseinandergezogen (spontane Ruptur des Peritoneums). Rechts hinten unter dem Ansatz der Tube eine zirka faustgroße subperitoneale Blutung (Exitus infolge Atonie).

51. 1908. Nr. 753. K. G., 36 Jahre. X p., bei den fünf letzten Geburten manuelle Placentarlösung. Vor 16 Jahren Typhus, vor 1 Jahr in der Lungenheilstätte. Mittelkräftige,

abgemagerte Frau, Puls leidlich kräftig. Vor 6 Wochen die erste Genitalblutung, heute früh die zweite, heftig. I. Schädellage. Plac. praev. lat. Wehen stellen sich erst am 3. Tage nach der Einlieferung ein, am Vormittag öfter Chinin verabreicht; sie sind kräftig. Nur ganz geringe Blutung, spontane Geburt. 40 Tropfen Erg., $^1/_2$ Std. später wird wegen starker Blutung die Plac. durch forcierten Credé entfernt. Die Blutung steht nicht, 4 Spr. Erg., Austastung des Uterus, Massage des Uterus, heiße Uterusspülung, 1 Spr. Secacornin. Kampher. Blutung steht. Wochenbett normal.

52. 1908. Nr. 803. E. W., 32 Jahre. IV p., vor 3 Jahren ein Abort II. Gut genährte, frisch aussehende Frau. In der Schwangerschaft mehrmalige Blutungen. II. Schdellage. Plac. praev. centr. Wegen Blutung Wendung auf den Fuß bei 2-Markstückgroßem Muttermund. 4 Std. später spontane Geburt. Nach 15 Min. muß die Plac. wegen Blutung exprimiert werden. Blutung steht, Uterus gut kontrahiert. Nach 30 Min. kollabiert die Pat. ganz plötzlich; Uterus sehr atonisch. Nach 2stünd. Bemühung ist der Puls wieder gut, Uterus kontrahiert. 7 Spr. Erg., Kampher, Kochsalzlösung. 3 Std. später bekommt Pat. plötzlich Ohrensausen und Angstgefühl: Uterus ist wieder weich, etwas Blutabgang, Puls schlecht. 1 Spr. Secacornin, Koffein, Kochsalzlösung. Uterus abwechselnd weich und kontrahiert. Blutung steht. Einwickeln der Beine. Wochenbett normal.

53. 1908. Nr. 842. R. W., 27 Jahre. II p., I. Partus normal. Magengeschwür. I. Querlage. Plac. praev. lat., Frühgeburt im 7. Monat. Wehen angeblich schon 24 Std. Sogleich nach der Einlieferung wird bei handtellergroßem Muttermund in Chloroformnarkose die Wendung gemacht und extrahiert. 2 Spr. Ergotin. Beim nächsten Pressen wird die Plac. ausgestoßen, leichte Blutung. 2 Spr. Erg. Uterus ist weich: Uterusmassage und heiße Uterusspülung. Uterus kontrahiert sich gut. Wochenbett normal.

54. 1908. Nr. 864. M. H., 20 Jahre. I p. I. Schädel-

lage. Nach ungefähr 17 stünd. Wehentätigkeit spontane Geburt. 40 Tropfen Erg. Wegen auftretender Blutung wird versucht die Plac. zu exprimieren, wobei sich aber nur faustgroße Blutkoagula entleeren. Erst nach wiederholtem, forciertem Credé in leichter Narkose gelingt es die Plac. zu entfernen. Da dieselbe anscheinend nicht vollständig ist und die Blutung nicht steht, wird der Uterus ausgetastet: es werden unerwartet große Placentarreste entfernt, die in der rechten, hornartig ausgebuchteten Tubenecke sich befinden. Gegen die Blutung wird mit Massage, Erg., heißen Uterusspülungen vergeblich vorgegangen. Gleichzeitig Kochsalzinfusionen, die jedoch nicht mehr aufgesogen werden. Da die Blutung fortbesteht und der Uterus ganz schlaff bleibt, wird der intrauterine Ballon (Dr. Jolly) eingeführt und mit 2 Litern Lysolwasser gefüllt. Die Blutung steht. Hochgradige Herzschwäche. Kampher, Koffein, Kochsalzinfusionen, Sauerstoffinhalation. Ohne Erfolg. 3 Std. nach der Entbindung tritt der Exitus ein.

55. 1908. Nr. 962. A. L., 21 Jahre. I p. Eklampsie, 12 pro Mille Alb. Sensorium getrübt, 4 Anfälle bis zur Entbindung. 0,015 Morph., rechtsseitige Muttermunds-Inzision. Forceps. 2 Spr. Erg. $^1/_4$ Std. folgt die gelöste Plac. auf Druck. Leichte atonische Blutung. 2 Spr. Erg., Sandsack. Kleiner Frenulumriß, der mit einer äußeren Knopfnaht zusammengelegt wird. Wochenbett: noch 4 Anfälle, dann normal.

56. 1908. Nr. 993. L. N., 20 Jahre. I p. Chlorose. I. Schädellage. Nach 8 Std. spontane Geburt. Starke Nachwehen, leichte Blutung. Plac. zur Hälfte bis zur Vulva geboren, der Rest wird durch leichten Druck entfernt. 2 Spr. Erg. Plac. unvollständig. In Chloroformnarkose werden mehrere kleine Placentarstückchen ausgeräumt, darauf Atonia uteri. Heiße Uterusspülung, 2 Spr. Erg. 1 Spr. Secacornin, Kochsalzlösung subkutan. Wochenbett 3 mal Fieber bis 40°

mit stärkeren Remissionen, Aufstehen am 18. Tage. Gesund entlassen.

57. 1908. Nr. 1127. M. T., 18 Jahre. I p. Früher Lungenentzündung. I. Schädellage. Blasensprung nach 12stünd. Wehentätigkeit. Darauf kommt der Kopf sofort zum Einschneiden und wird nach 3 Preßwehen geboren. 40 Tropfen Erg. $^1/_2$ Std. später wird die gelöste Plac. exprimiert, folgt nach Duncan (Eihäute nicht vollständig). $1^3/_4$ Std. darauf leichte atonische Nachblutung. 2 Spr. Erg. Es blutet tropfenweise weiter. Der Uterus erschlafft zeitweilig. Sandsack, 30 Tropfen Ergotin, Halten des Uterus. Thermophor. Da die Blutung nicht steht, wird 4 Std. darauf der Uterus ausgeräumt: Entfernung von Eihautresten, Blutkoagula und Gewebe, das noch mikroskopisch untersucht werden soll. Heiße Uterusspülung, Massage vom hinteren Scheidengewölbe aus. Puls und Allgemeinbefinden werden besser. Wochenbett normal.

58. 1908. Nr. 1160. H. K., 18 Jahre. I p. I. Schädellage, ca. 15 Std. nach Wehenbeginn spontane Geburt, kleiner nicht blutender Klitorisriß. Nach 25 Min. Entfernung der gelösten Plac. durch Druck, folgt nach Schultze (Eihäute unvollständig), vorher stürzen reichliche Blutmassen heraus. 1 Spr. Ergotin. Uterus kontrahiert sich nicht, starke Blutung. Anreiben des Uterus ohne Wirkung. Manuelle Austastung, kein Riß, es werden reichlich Blutkoagula und Eihautreste entfernt. Sehr frequenter Puls. Kampher, Kochsalzlösung. Dauerndes Anreiben und Halten des Uterus, worauf nach $^1/_2$ Std. Kontraktion des Uterus eintritt. Blutung steht. Sandsack. Pat. erholt sich. Wochenbett normal.

59. 1908. Nr. 1177. F. B., 30 Jahre. VIII p. Zweimal Plac. praev. Gut genährte Frau, Puls kräftig, anhaltende leichte Blutung. Abort VI., vorzeitige Placentarlösung. Gegen die Blutung Cervix-Scheidentamponade. 5 Stunden später Einlegen eines Kolpeurynters, 5 Stunden später Ausstoßung desselben und des Fötus. 2 Spr. Erg. 15 Min.

später wird wegen Blutung die Plac. exprimiert, folgt nach Duncan. Leichte Atonie. Halten des Uterus. $1^1/_2$ Std. blutet es von neuem weiter. 2 Spr. Erg. Halten des Uterus. Wochenbett normal.

60. 1908. Nr. 1259. 25 Jahre. I p., früher Rachitis. Hängeleib. I. Schädellage. Zuerst gute Wehen, dann Wehenschwäche. Nach ca. 36 Std. Wehentätigkeit wird bei tiefem Querstand in Chlor.-Nark. die Zange angelegt. 2 Spr. Erg. 1 Std. später folgt die gelöste Plac. auf Credé nach Schultze. Atonie. 2 Spr. Erg. Katheterismus, Ueberwachen des Uterus. Nach $^1/_4$ Std. kontrahiert sich der Uterus in regelmäßigen Abständen. Blutung steht. Wochenbett normal.

61. 1909. Nr. 63. J. M., 18 Jahre. I p. II. Schädellage. Spontane Geburt nach 16 stünd. Wehentätigkeit. $^1/_2$ Std. später folgt die gelöste Plac. auf Druck nach Schultze (leichte oberflächliche Defekte), mit ihr eine ziemliche Menge Blut. Der Uterus bleibt trotz Erg., Secacornin und dauerndem Halten weich und schlaff. Die Entbundene wird blaß, der Puls klein, erholt sich aber auf 600 ccm Kochsalzlösung, Bouillon usw. Wochenbett normal.

62. 1909. Nr. 138. J. S., 34 Jahre. III p. 2 norm. Partus. II. Schädellage. Blasensprung $7^1/_2$ Std. nach Wehenbeginn, 1 Std. später spontane Geburt. Wegen starker Blutung wird die gelöste Plac. sofort exprimiert. Katheterismus, 3 Spr. Erg. 1 Std. lang wird der Uterus gehalten, erst dann treten Nachwehen auf und erst dann steht die Blutung. Wochenbett normal.

63. 1909. Nr. 298. M. S., 27 Jahre. I p. Als Kind Rachitis. I. Schädellage. Spontane Geburt nach 15 stünd. Wehen. $^1/_2$ Std. später vergeblicher Credéversuch; in einer Stunde noch zweimal vergebliche Wiederholungen. Wegen Blutung wird in Chloroformnarkose die Expression der Plac. versucht, jetzt mit Erfolg. 2 Spr. Erg. Blutung steht nicht. Heiße Uterusspülung, 2 Spr. Erg. Der Uterus kontrahiert sich allmählich gut; Kontrolle durch die aufgelegte Hand,

einstünd. Halten des Uterus, Sandsack. Wochenbett normal.

64. 1909. Nr. 299. F. W., 29 Jahre VII p. 4 Aborte. Syphilis vor 8 Jahren. II. Schädellage, Hydramnion, tiefer Sitz der Plac. Nach dem Blasensprung kräftige Wehen, spontane Geburt. $^1/_2$ Std. später folgt die anscheinend gelöste Plac. auf Druck nur bis zur Hälfte, der andere Teil sitzt fest und muß manuell gelöst werden. Bei der Nachtastung wird noch ein zurückgebliebener Cotyledo entfernt. 2 Spr. Erg. Heiße Uterusspülung. Leichte Atonie. 1 Spr. Erg. Wochenbett normal.

65. 1909. Nr. 327. O. R., 32 Jahre III p. (1 Abort im 6. Monat.) I. Schädellage. Mäßige Wehen. 3 mal 0,3 Chinin. Nach 24stünd. Wehentätigkeit spont. Geburt. Wegen Blutung muß die Plac. 15 Min. darauf exprimiert werden, sie folgt auf forcierten Druck nach Duncan. Leichte Atonie. Katheterismus, 2 Spr. Erg. Halten des Uterus und leichte äußere Massage, 1 Spr. Secacornin. Nach $^1/_4$ Std. fängt der Uterus an sich zu kontrahieren. Kontrolle durch die aufgelegte Hand, dann Sandsack. Wochenbett normal.

66. 1909. Nr. 391. J. B., 35 Jahre VIII p, bei der 1. und 2. Geburt Perforation. Hängebauch. 1. Schädellage, ca. 24 Std. nach Wehenbeginn spontane Geburt. $^1/_2$ Std. später folgt die gelöste Plac. auf Druck nach Schultze. Wegen leichter Blutung 2 Spr. Erg., die Blutung hält an, eine Spr. Secacornin, dann noch $^1/_2$ Spr. Secacornin, intrauterine Lysolspülung. Blutung steht. Wochenbett normal.

67. 1909. Nr. 404. E. P., 26 Jahre I p. Gut genährte Frau. Oedeme, Albumen, 12 eklamptische Anfälle. Kaiserschnitt bei stehender Portio und geschlossenem Muttermund. 3 Spr. Ergotin. Plac. gelöst folgt auf Druck nach Schultze. Starke Blutung. 2 Spr. Erg., 1 Spr. Secacornin. Puls nicht zu fühlen. Blutung steht. Kochsalzlösung, Coffein, Kampher. Die Frau erholt sich. Wochenbett normal.

68. 1909. Nr. 581. 13 Jahre I p. II. Vorderhauptslage, Plac. praev. lat. Am Abend vorher starke Blutung. Schlechte

Wehen, bald Nachlassen derselben. Nochmals Chinin. Der Kopf rückt trotz Mitpressens und guter Wehen nicht weiter. Nach ungefähr 40stünd. Wehentätigkeit Entbindung mit Forceps. 2 Spr. Erg. Plac. wird 10 Min. darauf wegen Blutung exprimiert. 2 Spr. Erg. Atonie. 1 Spr. Secacornin, Nachtastung ergibt einen kleinen Cervixriß, der mit einer Naht geschlossen wird. Halten des Uterus. Sandsack. Wochenbett im ganzen normal, 2 mäßige Temperatursteigerungen.

69. 1909. Nr. 624. M. W., 43 Jahre IX p. Frühere Geburten normal. Anämische Frau, starke Blutungen in der Schwangerschaft. I. Querlage. Plac. praev. centralis. Wendung auf den Fuß bei fast handtellergroßem Muttermund in Chloroformnarkose. Geringe Wehen. 1 Std. später spontane Ausstoßung. 2 Spr. Erg. Die gelöste Plac. wird exprimiert. Starke Blutung infolge Atonie. Massage auf der Faust. 1 Spr. Secacornin. Blutung steht, Uterus gut kontrahiert. Wochenbett normal.

70. 1909. Nr. 644. E. P., 32 Jahre I p. Eklampsie (Alb., Sensorium benommen, 14 Anfälle bis zur Entbindung). II. Schädellage. Muttermund 3-Markstück groß, Erweiterung mit Bossi, Wendung auf den Fuß und langsame Extraktion. 2 Spr. Erg. Plac. wird sofort exprimiert. 1 Spr. Secacornin. R. und l. 2 kleine Cervixrisse, die nicht genäht zu werden brauchen. Atonie. 2 Spr. Erg. $1^1/_2$stünd. Halten des Uterus. Wochenbett im ganzen normal.

71. 1909. Nr. 667. H. S., 19 Jahre I p. Die Frau gibt an, bei der geringsten Verletzung immer viel Blut zu verlieren (Hämophilie?). I. Schädellage, bei der Einlieferung Einschneiden des Kopfes. Plac. gelöst folgt $^1/_2$ Std. später nach Schultze. Atonie. 2 Spr. Erg., Katheterismus, Halten des Uterus. Wochenbett normal.

72. 1909. Nr. 736. A. L., 23 Jahre III p., bei den beiden früheren Partus Plac. adhaerens, Atonie. Hängebauch, II. Schädellage. Spont. Geburt, 9 Std. nach Wehenbeginn.

2 Spr. Erg. Pat. blutet $^1/_4$ Std. später ziemlich stark, es gelingt nicht die Plac. zu exprimieren, deshalb manuelle Lösung. $1^1/_2$ Spritzen Secacornin. Atonie. Uterusmassage, Heiße Spülungen, Halten des Uterus. Wochenbett normal.

73. 1909. Nr. 776. J. M., 28 Jahre I p. Früher Rachitis. I. Schädellage. Allgemein verengtes Becken. 32 Std. Wehen. 0,4 mg Scopolamin + 0,01 Morph. (10 Std. v. d. Geburt), 5 Std. darauf noch einmal 0,2 mg Scopolamin. Spont. Geburt. Die gelöste Plac. folgt $^1/_2$ Std. später auf Druck nach Schultze. Leichte Atonie. Katheterismus, Sandsack, 2 Spr. Erg. Wochenbett normal.

74. 1909. Nr. 894. B. G., 28 Jahre I p. II. Schädellage. 14 Std. nach Wehenbeginn spont. Geburt. Starke Blutung. Plac. wird exprimiert, ein Cotyledo fehlt. Sofortige Ausräumung desselben. Atonie. Massage über der Hand, heiße Uterusspülungen, 1 Spr. Secacornin. Die Frau kollabiert; $1^1/_2$ I. Kochsalzlösung als Infusion, 4 Spr. Kampher, Wärmflaschen. Uterus kontrahiert sich, Puls wird besser. Kaffee usw. Wochenbett leichtes Fieber, Aufstehen am 15. Tag.

75. 1909. Nr. 984. A. S., 35 Jahre I p. Kräftige, völlig bewußtlose Frau. Eklampsie (Alb. 20 $^0/_{00}$, 3 Anfälle bis zur Entbindung) 1 Spr. Morph. In Chlr.-Nark. Erweiterung des 5-Markstückgroßen Muttermundes durch Inzisionen, dann Forceps. 1 Spr. Secacornin. 15 Min. später folgt die gelöste Plac. auf Druck nach Schultze. $^1/_2$ Spr. Secacornin. R. u. l. Scheidenrisse, Naht derselben. Tamponade der Scheide. Puls und Atmung schlecht. Kochsalzlösung, Kampher. Nach $1^1/_2$ Std. ist die Tamponade durchgeblutet, sie wird entfernt und erneuert. Der Uterus ist völlig schlaff. 1 Spr. Secacornin. Die Frau verfällt zusehends. Kampher, Coffein. Exitus.

76. 1909. Nr. 1013. M. B., 19 Jahre I p. Früher Masern, Scharlach. Alb. I. Schädellage, allgem. verengtes Becken. Nach 26 Std. Forceps wegen Verlangsamung der

Herztöne. 2 Spr. Erg. Plac. wird 10 Min. später wegen Blutung exprimiert (Eihäute fehlen teilweise). 1 Spr. Secacornin. Atonie. Keine Einrisse. Massage über der eingeführten Hand. Uterus kontrahiert sich gut. Wochenbett: vom 2.—5. Tag Fieber, dann normales Befinden.

77. 1909. Nr. 1043. M. K., 23 Jahre II p. 1 Partus norm. Früher Scharlach, Diphtherie. I. Schädellage. 8 Std. nach Wehenbeginn spont. Geburt. $^1/_2$ Std. später folgt die gelöste Plac. auf Druck nach Duncan. Atonie. 3 Spr. Erg. Katheterismus, Halten des Uterus, 1 Spr. Secacornin. Wochenbett normal.

78. 1909. Nr. 1170. D. D., 30 Jahre V p. Bei den ersten beiden Partus Eklampsie. Eklampsie (3 Anfälle, 10 $^0/_{00}$ Alb., Oedeme). I. Schädellage in Chloroformnarkose Erweiterung des 1-Markstück großen Muttermundes durch Bossi; kein Cervixriß. Blasensprung, Wendung, Extraktion. 2 Spr. Erg. Die gelöste Plac. folgt 15 Min. später auf Druck nach Duncan. 3 Std. später atonische Nachblutung, 1 Spr. Secacornin. Wochenbett normal.

1 Spr. Secacornin. Puls klein und frequent. Beim Eingehen

79. 1909. Nr. 1326. B. K., 28 Jahre I p. I. Schädellage. Spontane Geburt 14 Std. nach Wehenbeginn, 3 Std., nach Blasensprung. 10 Min. später Blutung. Die gelöste Plac. folgt auf Druck nach Duncan. Atonie. 1 Spr. Secacornin. Clitoris-Scheidenriß wird genäht. Wochenbett normal.

80. 1909. Nr. 1355. C. G., 23 Jahre. I p. II. Schädellage. Blasensprung $4^1/_2$ Std. nach Wehenbeginn. Spontane Geburt 1 Std. darauf. Sofort nach der Geburt starke Blutung, daher Expression der teilweise gelösten Plac. durch Credé, Eihäute fehlen. Blutung steht nicht. 1 Spritze Secacornin, nach einigen Minuten nochmals 1 Spr., Uterusmassage. Nach 10 Min. Erfolg. Sandsack. Wochenbett normal.

81. 1909. Nr. 1362. P. U., 31 Jahre. V p. (2 Aborte im 6. Monat, Atonie). Kleine, magere, ausgeblutete Frau. I. Steißlage, Frühgeburt im 7.—8. Monat, vorzeitige Placen-

tarlösung. Blasensprengung. Nach einigen Preßwehen wird die Frucht spontan ausgestoßen. Plac. folgt. Ein faustgroßes Blutcoagulum wird ausgestoßen. Halten des Uterus. Starke Blutung. 1 Spr. Secacornin. Blutung steht nicht, noch in die Cervix wird ein kleiner Cervixriß entdeckt und mit 2 Knopfnähten geschlossen. Uterusmassage vom hinteren Scheidengewölbe aus, Uterusspülungen. Kampher, Coffein, Sauerstoff. Wochenbett normal.

82. 1910. Nr. 3. M. K., 17 Jahre. I p. Albumen. II. Schädellage, Blasensprung $13^1/_2$ Std. nach Wehenbeginn, $^1/_4$ Std. später spontane Geburt. Blutung, 20 Min. später folgt die gelöste Placenta auf Druck nach Schultze. Blutung steht nicht, 2 Spr. Ergotin, Halten des Uterus, 1 Spr. Secacornin. Blutung steht. Sandsack. Wochenbett normal.

83. 1910. Nr. 49. E. P., 26 Jahre. II p. I. Partus normal. $4\,^0/_{00}$ Albumen. II. Schädellage. 4 Std. nach Wehenbeginn spontane Geburt. Blutung. Plac. wird spontan ausgestoßen. Atonie. 1 Spr. Secacornin, Halten des Uterus, Sandsack. Uterus gut kontrahiert. Wochenbett: 3 Tage bis 38, dann normal.

84. 1910. Nr. 62. G. S., 24 Jahre. I p. $4\,^0/_{00}$ Albumen. II. Schädellage. 22 Std. nach Wehenbeginn Blasensprung, 5 Std. später wird durch Ritgen-Olshausen der Kopf entwickelt. Blutung. Plac. folgt nach mehreren Versuchen auf forcierten Credé nach Duncan. Blutung, Uterus weich. 1 Spr. Secacornin. Blutung steht nicht. Heiße Uterusspülungen. Uterus kontrahiert sich gut, Sandsack. Wochenbett normal.

85. 1910. Nr. 71. A. S., 20 Jahre. II p. I. Partus normal. $3\,^0/_{00}$ Albumen. II. Schädellage. $^1/_4$ Std. nach der Einlieferung erfolgt die spontane Geburt, Wehenbeginn vor 5 Std. Frenulumriss. Blutung. Plac. gelöst, folgt auf Druck nach Duncan, Blutung steht nicht. 1 Spr. Secacornin, Uterus wird gehalten, kontrahiert sich bald gut. Wochenbett normal.

86. 1910. Nr. 75. W. B., 35 Jahre V p. Frühere Entbindungen normal. Gut genährte, sehr anämische Frau, Ge-

sicht und Extremitäten kalt, Puls wechselnd, Sensorium benommen, Albumen $1^1/_2\,^0/_{00}$, leichte Oedeme. Schdllg., vorzeitige Plazentarlösung. Digalen, Kampher, Kolpeuryse. Dann wird bei Dreimarkstück großem Muttermund in Chlr.-Nark. die Blase gesprengt, auf den Fuß gewendet und langsam extrahiert. 1 Spr. Secacornin vorher. Plac. folgt mit Blutkoagula, 1 Spr. Secacornin. Blutung steht nicht. Massage über der Hand. R. Cervixriß mit 3 Nähten, links mit einer Naht geschlossen. Einführen des intrauterinen Ballons (Dr. Jolly), Anfüllen mit $2^3/_4$ Liter Lysollösung. Kampher, Kochsalzlösung subkutan und intraperitoneal, Strophantin, Wickeln der Beine, künstl. Atmung, Kampher. Exitus 1 Std. nach der Geburt.

87. 1910. Nr. 79. A. R., 35 Jahre I p. II Schdllg. lange Geburtsdauer. Wegen Rigidität des Muttermundes Inzisionen, dreimal 0,3 Chinin, Termophor. Herztöne unter 80, daher Forceps. 1 Spr. Secacornin Blutung. Credé auch in Narkose erfolglos, daher manuelle Ausräumung. Die Plac. sitzt in der linken Tubenecke. Wegen Atonie heiße Uterusspülung, 1 Spr. Secacornin. Blutung steht erst nach einiger Zeit. Halten des Uterus. Wochenbett normal.

88. 1910. Nr. 81. O. S., 30 Jahre I p. Früher Typhus. II. Schädellage, vorzeitiger Blasensprung. Zunächst seltene und schwache Wehen. Thermophor. Dann gute Wehen, spont. Geburt. Leichte Blutung. 1 Spr. Erg. Die gelöste Plaz. folgt auf Druck nach Schultze. Eihäute fehlen zum Teil. Blutung steht nicht. 2 Spr. Erg. Sandsack. Da immer noch Blut heraussickert, Nachtastung: keine Verletzung. Heiße Uterusspülung, Scheidentamponade. Blutung steht. Uterus gut kontrahiert. Wochenbett normal.

89. 1910. Nr. 119. B. Z., 24 Jahre I p. I. Schdllg. Blasensprung 13 Std. nach Wehenbeginn, $1^1/_2$ Std. später spont. Geburt. Plac. wird 5 Min. später wegen Blutung exprimiert. Atonie 2 Spr. Erg., Halten des Uterus, 1 Spr. Secacornin, Wochenbett normal.

90. 1910. Nr. 160a, 22 Jahre I p. gut genährte Frau. Eclampsie ($4^1/_2\,^0/_{00}$ Alb., Oedeme, 5 Anfälle, Sensorium frei) I Schädellg. Frühgeburt im IX. Monat. Portio steht, Muttermund grübchenförmig. Vaginaler Kaiserschnitt, Wendung, Extraktion. 1 Spr. Sekakornin. 5 Min. später folgt die gelöste Plac. auf Druck. Cervixnaht. 1 Std. darauf starke atonische Blutung. 1 Spr. Sekakornin, Scheidentamponade, T-Bindenverband. Wochenbett: 38^0 während einiger Tage, dann normal.

91. 1910. Nr. 192. M. K., 21 Jahre I p. I. Schdllg. Schwache Wehen. Colpeuryse. 40 Std. nach Wehenbeginn Entwickelung dess Kopfes nach Ritgen-Olshausen. 15 Min. später wird wegen Blutung die Plac. entfernt, folgt nach Duncan. Atonie. 1 Spr. Secacornin, Halten des Uterus. Wochenbett normal.

92. 1910. Nr. 231. G. L., 38 Jahre V. p. (3 Aborte, 1 Frühgeburt.) In der Schwangerschaft mehrmals mäßige Blutungen. II. Schdllg. Plac. praev. centr. Uterus myomatosus. Portio steht, Muttermund Einmarkstück groß. In Chloroformnarkose Metreuryse. 1 Std. darauf Temp. $39{,}9^0$, Schüttelfrost, Sensorium benommen, starke Schweißsekretion, Magenschmerzen, Brechreiz. Temp. fällt auf 38,9. Puls 120. Nach 6 Std. wird der Metreurynter ausgestoßen, nur wenig Blut folgt. Wendung. 1 Spr. Secacornin. Extraktion. Blutung. Plac. folgt nicht auf Credé auch nicht in Narkose. Daher manuelle Plazentarlösung, 15 Min. nach der Geburt. Atonie. Uterusspülungen, Uterusmassage. Puls klein, frequent. 3 Spritzen Kampher. Momburgscher Schlauch — erfolglos 3 Spr. Kampher, Koffein. Kochsalzlösung. Sauerstoff. Puls und Atmung werden immer schlechter. Exitus tritt 45 Min. nach der Geburt unter Verblutungserscheinungen ein.

Sektionsbefund: Großer, schlaffer Uterus mit zahlreichen submuösen, intestitiellen und subserösen Myomen, keinerlei Verletzungen.

93. 1910. Nr. 244. M. G., 28 Jahre II p. 1 Partus normal. In der Gravidität öfter mäßige Blutungen. II. Querlage, Plac. praev. centralis. Colpeuryse, nach 10 Std. Entfernung des Colpeurynters und Metreuryse. Es stellen sich kräftige Wehen ein. 5 Std. darauf Ausstoßung des Metreurynters, Wendung, nach einigen Wehen Extraktion, vorher 1 Spr. Sekakornin. 5 Min. n. d. Geburt Blutung; da Credé erfolglos, manuelle Placentarlösung. Es blutet weiter. Beim Nachtasten findet sich links ein großer Cervixriß, der durch 5 Nähte geschlossen wird. Darauf atonische Nachblutung. 1 Spr. Sekakornin, Uterusmassage. Blutung steht. Wochenbett normal.

94. 1910. Nr. 247. K. S., I p. I. Querlage, Plac. praev. centr. Metreuryse. Wehen gut. Allmähliche Ausstoßung des Ballons, nach jeder Wehe leichte Blutung. Wendung auf den Fuß, Extraktion. 1 Spr. Erg. Stärkere Blutung. Manuelle Lösung der Plac. 1 Spr. Erg. heiße Spülungen, Uterusmassage. Uterus kontrahiert sich schließlich gut, Blutung steht. Tamponade der Scheide. Wochenbett: am dritten Tag 39,2°, dann allmähliches Abfallen zur Norm.

95. 1910. Nr. 266. F. B., 21 Jahre I p. Gut genährte Frau. Eklampsie. I. Schdllg. Portio steht, Muttermund für 2 Finger durchgängig; vaginaler Kaiserschnitt, Wendung, Extraktion. 1 Spr. Sekakornin. Wegen Blutung manuelle Lösung der Plac. (Eihäute fehlen z. T.). Danach ziemlich starke Blutung aus dem leicht atonischen Uterus, die durch Uterusmassage zum Stillstand kommt. Cervixnaht. Wochenbett: im ganzen normal. Aufstehen am 15. Tag.

96. 1910. Nr. 294. A. W., 23 Jahre II p. (Frühgeburt 1 mal Zwillinge, beide in Schädellage. Geburt des 1. Zwillings 10 Minuten nach der Einlieferung. 2 Std. später wird die 2. Blase gesprengt. 1 Spr. Ergotin. $^1/_2$ Std. später Geburt des 2. Zwillings. 1 Spr. Erg. Die gelöste Plac. folgt 40 Min. darauf auf Druck nach Schultze. Leichte atonische Nachblu-

tung. 1 Spr. Ergotin, Halten des Uterus. Wochenbett normal.

97. 1910. Nr. 302. B. H., 28 Jahre I p. Leichte Oedeme, 1 $^0/_{00}$ Alb. I. Schdllg. Blasensprung nach $7^1/_2$ stünd. Wehen, spont. Geburt $2^1/_2$ Std. darauf. Starke Blutung. Die gelöste Plac. wird exprimiert, folgt nach Duncan. Eihäute fehlen teilweise. 1 Spr. Sekakornin, Blutung steht nicht, Uterusmassage. Blutung steht. Halten des Uterus, Sandsack. Wochenbett: leichte Temp.-Steigerung am 3. und 4. Tag, dann norm.

98. 1910. Nr. 349. B. T., 16 Jahre I p. I. Schdllg. Spont. Geburt nach anscheinend normal langer Wehendauer. 20 Min. später Blutung. Plac. folgt auf Druck nach Duncan. Uterus weich. 2 Spr. Erg. Halten des Uterus. Schlechte Kontraktion. 1 Spr. Sekakornin. Uterus gut kontrahiert. Wochenbett normal.

99. 1910. Nr. 363. E. M., 19 Jahre I. p. I. Schdllg. Spont. Geburt nach 16 stünd. Wehentätigkeit. Sofort starke Blutung. Die Plac. wird exprimiert. Zwei Spritzen Erg., Uterusmassage, Halten des Uterus, 2 Spr. Erg. Da die Blutung nicht steht, wird noch einmal eingegangen: Linksseitiger Cervixriß, zwei Nähte. Es blutet weiter. Uterus-Scheidentamponade mit steriler Gaze, T-Binde. Sandsack. Allgemeinbefinden schlecht, Puls frequent. Kochsalzlösung, Koffein, Kampher. Pat. erholt sich. Wochenbett normal.

Literatur.

1. Arendt, Die mechan. Behandlung der aton. Uterusblutungen. Centralblatt 1898 Nr. 41.
2. Breisky, Ueber die Behandlg. der puerperalen Blutungen. Volkm. Sammlg. klin. Vorträge 14.
3. Bumm, Grundriß zum Stud. der Geburtshilfe. 1909.
4. Dührssen, Ueber die Behandlg. der Blutungen p. part. Volkm. Sammlg. klin. Vorträge 347.
5. Fehling, Zur Pathol. und Ther. der Blutungen unmittelbar nach der Geburt. Deutsche Med. Wochenschr. 1894, Nr. 23.
6. Handbuch der Geburtshilfe, herausgegeb. von v. Winckel. 1905.
7. Henkel, Blutungen nach der Geburt u. ihre Behandlung. Zeitschrift f. Geb. u. Gyn. 47.
8. Laserstein, Neue Art der Blutstillung p. part. Centralblatt 1902 Nr. 50.
9. Neu, Physiol. und pathol. Physiol. der postportalen Blutstillg. Mediz. Klinik. 1908 Nr. 25.
10. Olshausen u. Veit, Lehrb. d. Geburtshilfe 1902. V. Aufl.
11. Raicher, Behandlg. der Plac. praevia. Dissertation 1909.
12. Schwertassek, Beitrag zur mechan. Behandlg. aton. Ut.-Blutg. Centralblatt 1900. Nr. 7.
13. Sigwart, Höhne, Rieländer, Weber, Ueber Momburgsche Blutleere b. Nachgeburtsblutg. Centralblatt 1909.
14. Weber, Beiträge zur Ther. d. Nachgeburtsblutungen. Münch. Med. W. 1910. Nr. 20.

Zum Schluß gestatte ich mir, Herrn Geheimrat Olshausen für die Ueberlassung des Materials und Herrn Oberarzt Dr. Jolly für die Mitteilung des Themas und liebenswürdige Unterweisung bei der Abfassung der Arbeit meinen besten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Salo Drucker, jüdischer Abstammung, ist am 17. IX. 1885 als Sohn des Kaufmanns Wolff Drucker zu Lissa i. P. geboren. Von Ostern 1895 ab besuchte er das Gymnasium seiner Heimatstadt und wurde nach bestandenem Abiturium, Ostern 1904 an der Universität zu Berlin immatrikuliert. Die ganze Studienzeit verbrachte er in Berlin und bestand daselbst im Juli 1909 vor der ärztlichen Prüfungs-Kommission das Staatsexamen. Während der ersten 5 Monate des praktischen Jahres war er an der inneren Abteilung des Friedrichstädter Krankenhauses in Dresden beschäftigt, in den übrigen 7 Monaten arbeitete er in der geburtshilflichen und gynäkologischen Poliklinik der Berliner Univ.-Frauenklinik (Direktor Geh. Rat Olshausen).